

Le traitement parodontal des récessions gingivales associées aux lésions cervicales d'usure

I. Récessions gingivales associées à des lésions cervicales d'usure.



Catherine Mattout et Paul Mattout

ÉVALUATION FORMATION CONTINUE

- 1 Les lésions cervicales d'usure sont toujours associées à un contact occlusal prématuré :
Vrai Faux
- 2 En présence d'une récession de classe III de Miller le recouvrement complet par la chirurgie plastique peut-être obtenu
Vrai Faux
- 3 En présence de récessions multiples à la mandibule et de vestibule peu profond, la greffe conjonctive est l'intervention de choix
Vrai Faux
- 4 La greffe conjonctive partiellement désépithérialisée est associée à un lambeau positionné coronairement
Vrai Faux
- 5 Tous les lambeaux réalisés pour recouvrir une greffe conjonctive sont des lambeaux d'épaisseur totale
Vrai Faux

Les réponses à ces questions sont disponibles sur le site internet de l'ID : www.information-dentaire.com

Les récessions gingivales sont souvent un motif de consultation en parodontologie. Elles sont fréquemment associées à des lésions dentaires carieuses ou non (fig. 1). Des lésions de types abrasives peuvent toucher l'émail et le ciment. Appelées autrefois mylolyses, elles sont aujourd'hui plutôt dénommées lésions cervicales d'usure (4).

Le problème du type de thérapeutique se pose alors. Faut-il obtenir ces pertes de substances dentaires avec des composites ou réaliser une intervention de chirurgie plastique parodontale ? Les avis sont partagés.

Après un bref rappel de l'étiopathogénie de ces lésions, nous allons développer ici les indications du recouvrement radiculaire, comment déterminer le niveau de recouvrement, les facteurs pouvant affecter le résultat clinique, les facteurs déterminant le choix de la technique chirurgicale et enfin les différentes techniques chirurgicales.

Étiologie des récessions gingivales associées aux lésions cervicales d'usure

L'apparition de lésions dentaires au niveau cervical est le plus souvent liée à un phénomène d'abrasion, usure mécanique des dents par le contact répété avec des corps étrangers. Certains auteurs ont suggéré une origine occlusale qui n'a pu être vérifiée. Cette abrasion est due à un usage intempestif de brosses dures utilisées dans le sens horizontal. L'agression tissulaire concerne alors les tissus gingivaux (récession) et dentaires (usure de la zone dénudée). C'est la zone cervicale vestibulaire la plus touchée. Une étude intéressante a été réalisée sur 818 sujets (1), liant ces lésions cervicales à l'utilisation d'un mouvement de brossage horizontal et une fréquence de brossage égale ou supérieure à 2 fois par jour.

On parle de lésion initiale au niveau de la jonction émail cément en présence d'une usure cémentaire récemment et partiellement dénudée (fig. 2). Cette lésion dentaire est souvent associée à des fissures de Stillman et des bourrelets de Mac Call (fig. 3). Les lésions établies peuvent être des lésions en cuvette (fig. 4) ou des lésions en encoche, les encoches correspondant au va-et-vient de la brosse. Si le parodonte est fin, la récession gingivale va apparaître plus rapidement et l'usure sera moins profonde. Au contraire, si le parodonte est épais, la récession sera moins marquée et la lésion cervicale plus profonde.

Il existe de nombreux facteurs favorisant ce type de lésion, les malpositions dentaires, les insertions fibreuses, les freins et les déhiscences osseuses.

Pathogénie des récessions gingivales associées aux lésions cervicales d'usure

Le traumatisme créé par le brossage inadéquat peut provoquer une récession gingivale en interrompant l'intégrité de l'épithélium. L'inflammation entraîne la destruction du tissu conjonctif puis la migration de l'épithélium à l'intérieur du tissu conjonctif. Finalement, l'épithélium buccal rejoint l'épithélium sulculaire et jonctionnel (fig. 5). La lésion initiale commence par une ulcération des bords de la gencive marginale. En présence d'un parodonte fin, le traumatisme répété conduit à la destruction complète du tissu conjonctif puis à la récession.

2. Lésion d'usure débutante dite initiale.



2

3. La gencive très inflammatoire présente une fissure de Stillman (signe d'une récession à venir) et des bourrelets de Mac Call.

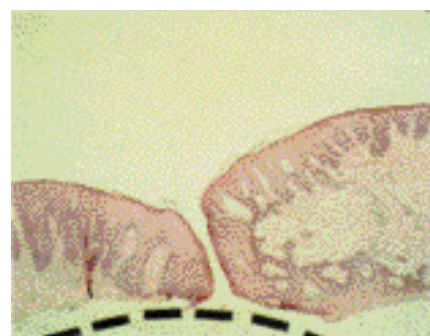
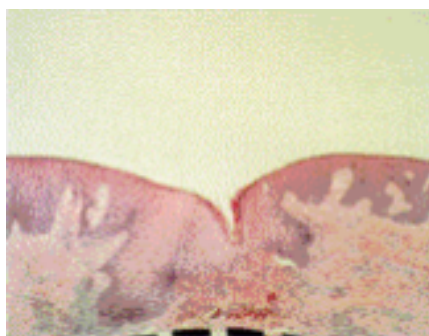
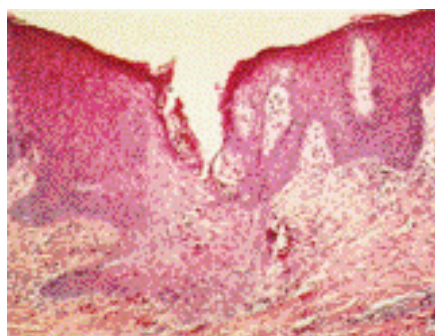


3

4. Lésions d'usure en cuvette.



4



5 a, b et c. Coupes histologiques de l'évolution d'une récession gingivale.



6. Les récessions multiples et profondes vont être traitées chirurgicalement.

6



7. Récession large et profonde dont le recouvrement complet sera plus difficile.

7



8. La gencive attachée de l'incisive latérale pourra être utilisée pour traiter la récession de la canine.

8



9. Une greffe épithélio-conjonctive de recouvrement permettra d'approfondir le vestibule et de traiter ces récessions.

9

Les indications du recouvrement radulaire par la chirurgie plastique

C'est, bien sûr, la demande esthétique du patient qui sera l'indication principale du recouvrement. L'hypersensibilité dentinaire peut être traitée par des agents désensibilisant (avec peu de résultat), la dentisterie restauratrice ou la chirurgie plastique. Seuls, les cas extrêmes seront traités par l'endodontie.

Si les lésions cervicales d'usure ne posent pas de problème esthétique, le choix de la dentisterie restauratrice pourra être fait. Par contre, dans le secteur esthétique (zone antéro-supérieure allant d'une prémolaire à l'autre) la chirurgie plastique est l'option thérapeutique de choix (fig. 6).

Comment déterminer le niveau de recouvrement radulaire

Le point le plus important pour déterminer le niveau de recouvrement est d'évaluer le niveau de l'os interproximal. En présence d'une récession de classe I et II de Miller (5) sans perte osseuse interproximale, le recouvrement pourra être complet. Il ne sera que partiel pour une classe III et nul pour une classe IV.

Le sondage et l'examen radiographique sont donc des préalables indispensables à la chirurgie plastique.

Facteurs pouvant affecter le résultat clinique du recouvrement

Ces facteurs peuvent être liés au patient, à la morphologie du défaut et à la technique chirurgicale. Parmi ceux liés au patient on retiendra comme facteurs positifs, l'efficacité dans le contrôle de plaque, l'absence de tabac et de problème général.

La morphologie du défaut la plus défavorable en terme de recouvrement (même s'il s'agit d'une classe I ou II de Miller) est celle d'un défaut large et profond (fig. 7).

La quantité de gencive apicale ou adjacente au défaut est un point important affectant le résultat chirurgical. Puis, c'est sur la technique chirurgicale que repose la réussite du recouvrement depuis la dissection du lit receveur, la taille du lambeau, sa mobilité, l'épaisseur du lambeau ou de la greffe, la préparation de la surface radulaire, jusqu'à la technique de suture.

Facteurs déterminant le choix de la technique chirurgicale

La profondeur et la largeur de la récession

Plus la taille de la récession augmente plus le support sanguin doit être important (le support sanguin provient à la fois du lit receveur qui doit être suffisamment large et haut et de l'épaisseur du greffon pédiculé ou non).

La qualité des tissus mous adjacents

Si la gencive attachée est suffisamment haute et large dans les zones mésiale ou distale, le lambeau positionné latéralement sera privilégié (fig. 8).

Si cette gencive attachée est présente dans la portion apicale de la récession, le positionnement sera coronaire.

La profondeur du vestibule et la présence de freins

Si le vestibule est étroit, le choix ira vers une technique permettant d'approfondir le vestibule et de recouvrir les récessions (comme la greffe gingivale de recouvrement) (fig. 9).

Le nombre de récessions à traiter

Afin de ne pas multiplier les séances de chirurgie et d'éviter au patient la douleur et l'inconfort, le plan de traitement sera établi pour que soient traitées, lors de chaque séance, le plus grand nombre de récessions.

Les différentes techniques chirurgicales

Il existe de nombreuses techniques de recouvrement radiculaire basées sur des déplacements tissulaires associés ou non à la mise en place de greffon.

Les deux techniques que nous développerons ici seront le lambeau déplacé latéralement et la greffe conjonctive.

Le lambeau déplacé latéralement (fig. 10, 11, 12, 13)

Ce sera l'intervention de choix en présence de tissu kératinisé dans les zones mésiale ou distale (7). Certaines règles sont à respecter : le vestibule doit avoir une taille suffisante, le tissu kératinisé adjacent doit mesurer 3 à 5 mm de hauteur, 2 fois la largeur de la récession et au moins 2 mm d'épaisseur.

C'est un lambeau d'épaisseur totale. Le site donneur peut-être protégé par un greffon épithélio-conjonctif ou un nouveau lambeau d'épaisseur partielle.

La greffe conjonctive

C'est l'intervention de chirurgie plastique qui permet de traiter le plus grand nombre d'indications avec les meilleurs résultats esthétiques.

Cette greffe conjonctive peut être associée à un lambeau repositionné (sans être complètement recouverte, elle sera alors partiellement désépithérialisée), à un lambeau positionné coronairement ou latéralement.

• Greffe conjonctive partiellement désépithérialisée (fig. 14, 15, 16, 17)

C'est la technique princeps décrite par Langer et Langer en 1985 (3). La partie conjonctive est glissée sous un lambeau d'épaisseur partielle qui sera ensuite suturée dans sa position initiale. La portion de la greffe qui n'est pas recouverte par le lambeau comporte une bande d'épithélium. Son prélèvement est un peu plus délicat que celui d'une greffe totalement conjonctive (fig. 18).

• Greffe conjonctive et lambeau positionné coronairement (fig. 19, 20, 21, 22)

Proposée en 1994 par Bruno (2), cette variante consiste à tracter un lambeau d'épaisseur partielle afin de recouvrir totalement la greffe conjonctive. Cet auteur ne réalise pas d'incision verticale, mais pour un meilleur positionnement de la greffe par des sutures au périoste, nous préférons réaliser deux incisions de décharge.



10



11



12



13

10, 11, 12, 13.
Un lambeau déplacé latéralement est réalisé à partir de la prémolaire.



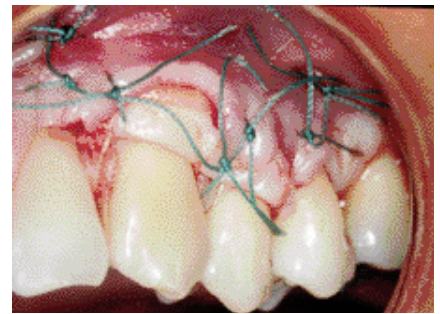
14

14, 15, 16, 17. Une greffe conjonctive partiellement désépithérialisée est associée à un lambeau repositionné pour traiter une récession large et profonde.

18. Prélèvement d'une greffe conjonctive partiellement désépithérialisée.



15



16



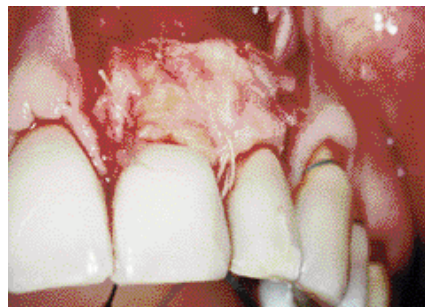
17



18



19



20



21



22

19, 20, 21, 22. Une greffe conjonctive est associée à un lambeau positionné coronairement pour traiter des récessions multiples associées à des lésions cervicales en encoche.

Cette intervention nécessite un lambeau suffisant de gencive attachée apicalement à la récession, sinon la profondeur du vestibule sera trop réduite et l'accès au brossage insuffisant. Les papilles seront désépithérialisées à l'aide d'une fraise boule diamantée sur une hauteur équivalente au positionnement coronaire du lambeau.

Greffe conjonctive et lambeau positionné latéralement (fig. 23, 24, 25)

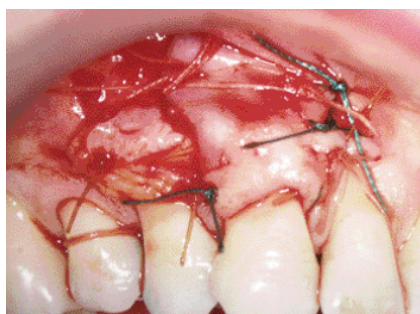
Proposée par Nelson en 1987 (6), cette variante allie les principes des deux interventions précédemment décrites. La greffe conjonctive épaissit ainsi le pédicule déplacé latéralement et protège la zone donneuse.

Conclusion

En présence de récessions gingivales de classe I et II associées à des lésions cervicales d'usure, lorsque le patient a une demande esthétique, le traitement chirurgical de recouvrement est le traitement de choix quelle que soit la perte de substance dentaire (fig. 26, 27, 28).



23



24



25



26



27



28

Dans les cas de récessions de classe III et IV, la dentisterie restauratrice est recommandée pour traiter les lésions cervicales d'usure sévères, mais, elle peut être combinée au traitement chirurgical pour augmenter la hauteur de gencive attachée et améliorer le contrôle de plaque (fig. 29, 30).

23, 24, 25.
Une greffe conjonctive est associée à un lambeau positionné latéralement.

26, 27, 28.
Récessions de classe I traitées par une greffe conjonctive associée à un lambeau positionné coronairement.

29, 30.
Traitement combinant prothèse et chirurgie plastique pour un résultat esthétique optimum.



29



30

Bibliographie

1. Bergstrom J & Lausted S. A epidemiologic approach to tooth brushing and dental abrasion. Community Dent Oral Epidemiol 1979 ; 7 : 57-64.
2. Bruno JF. Technique de greffe conjonctive assurant le recouvrement de dénudations radiculaires étendues. Rev Int Parodont Dent Rest 1994 ; 14 : 127-137.
3. Langer B & Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J. Periodontol 1985 ; 56 : 715-720.
4. Lussi A & Schaffner M. Progression and risk factors for dental erosion and wedge shaped defects over a 6-year period. Caries Res 2000 ; 34 : 182-187.
5. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent 1985 ; 5 : 9-13.
6. Nelson SW. The sub pedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. J. Periodontol 1987 ; 58 : 95-102.
7. Smukler M. Laterally positioned mucoperiosteal pedicle grafts in the treatment of denuded roots. A clinical and statistical study. J. Periodontol 1976 ; 47 : 590-595.

Adresse des auteurs
Drs Catherine & Paul Mattout
224, avenue du Prado - I3008 Marseille